DE L'OTITE;

N° 188.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR A. RENAULD, de Metz,

Département de la Moselle.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Suppléant.* / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras, *Suppléant.*
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE.

Témoignage de respect, d'amour et de reconnaissance.

A MON ONCLE,

Curé de Mécleuves.

Gage d'une amitié sincère.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR.

A MES AMIS.

A. RENAULD.

DE

L'OTITE.

Sous ce titre, nous décrirons l'inflammation aiguë de la membrane interne qui revêt le conduit auditif jusqu'à la membrane du tympan (otite externe); de celle qui tapisse la caisse, l'intérieur du conduit guttural, et toutes les cavités osseuses creusées dans la substance du temporal; ce qui peut avoir lieu après la rupture ou l'érosion de la membrane tympanique, ou bien alors que la cloison est intacte (otite interne); enfin nous comprendrons dans cette description la phlegmasie chronique des mêmes parties (otite chronique).

Otite externe.

Le conduit auditif externe s'étend de la conque à la membrane du tympan dans une étendue de dix à douze lignes. Plus large à ses extrémités qu'à sa partie moyenne, sa direction est d'abord un peu transversale en dedans et en avant, ensuite oblique en haut et en arrière.

La peau qui revêt ce conduit devient plus rouge, plus mince, plus humide, plus analogue à une membrane muqueuse, à mesure qu'elle approche de la cloison tympanique, dont elle forme le feuillet externe.

Elle renferme dans son épaisseur de petits corps glandulaires, dont les conduits excréteurs, ouverts à sa surface, y déposent le cérumen, humeur épaisse, visqueuse, amère, aromatique, inflammable, soluble dans l'eau. Liquide au moment de sa formation, cette humeur se concrète par son séjour dans le conduit auditif.

La temporale, la maxillaire interne, l'occipitale ou la stylo-mastoïdienne, fournissent des artères au conduit auditif externe ; les rameaux veineux qui en naissent se jettent dans la veine temporale.

Ses nerfs sont fournis par le rameau temporal superficiel, le maxillaire inférieur, le plexus cervical. Les rameaux du facial ne vont pas au-delà du pavillon.

Causes. Parmi les conditions éloignées qui favorisent le développement de l'otite externe, il faut surtout remarquer la constitution scrophuleuse ; diverses cutites chroniques, et principalement les dartres ; une disposition particulière aux phlegmasies muqueuses.

Les excitans naturels sont : l'air atmosphérique, sa sécheresse, sa température, son courant trop rapide ; l'accumulation et l'épaississement du cérumen dans le conduit auditif, soit que cette humeur oléagineuse acquière par son séjour prolongé des qualités irritantes, soit qu'elle agisse mécaniquement par sa seule dureté.

Les stimulans insolites sont tous les corps étrangers qui peuvent s'introduire dans l'oreille, surtout lorsque ces corps sont de nature poreuse, et susceptibles de se gonfler par l'humidité perspiratoire de la membrane ; les injections irritantes ; les cure-oreilles portés trop profondément et sans précautions ; la stimulation répétée d'un agent électrique ou galvanique ; la compression d'un bandage ; les coups, les chutes, les brûlures. L'érythème du pavillon de l'oreille, la perforation de son lobule, un bruit violent et explosif, l'impression d'un air froid sur la tête nue, la coupe des cheveux dans un âge avancé ; enfin, la disparition d'une hémorrhagie, d'une phlegmasie, surtout de la conjonctivite, et la terminaison d'une maladie qui a parcouru ses périodes, peuvent aussi donner lieu à l'otite externe.

On s'assure de l'état du conduit auditif en plaçant le malade au soleil, dans une situation telle, que les rayons lumineux tombent directement dans le canal, dont on efface un peu la courbure en tenant la conque en haut et en dehors. Mais cette exploration n'est possible qu'autant que l'inflammation n'est pas trop intense et le sentiment de la membrane trop exalté.

Symptômes. Dans le plus haut degré de la phlegmasie, la membrane est gonflée, boursoufflée, spongieuse. Le malade éprouve une anxiété extrême dans le conduit auditif; il y porte souvent la main, croyant en retirer quelques corps étrangers. Cette anxiété est bientôt suivie d'une douleur tantôt aiguë, tantôt supportable, accompagnée de bourdonnemens, de sifflemens ou d'autres lésions de l'audition.

Quelques jours après l'invasion de la douleur, il survient un écoulement de matières jaunâtres, puriformes et très-fétides, d'autant plus abondant que la douleur a été plus vive. Cet écoulement est souvent précédé d'un suintement séreux ou sanguinolent; souvent aussi, dans le cours de la maladie, la matière excrétée varie en couleur, en quantité, en odeur, en consistance, et quelquefois ces changemens ont lieu dans la même journée. Quoi qu'il en soit, après quinze jours ou trois semaines de durée, elle s'épaissit d'abord, et finit bientôt par tarir et faire place pendant quelque temps à un écoulement plus abondant de cérumen.

L'inflammation de la membrane du conduit auditif se montre quelquefois sous une autre forme. Ainsi lorsque les tégumens de l'oreille sont le siége d'une irritation herpétique ou de toute autre phlegmasie aiguë ou chronique, d'un érysipèle intense, par exemple, un exanthème envahit le conduit auditif, qui se couvre de pustules tantôt séreuses, tantôt purulentes, lesquelles ne tardent pas à s'ouvrir et à se changer en ulcères revêtus de croûtes jaunâtres, fournissant un pus fétide et sanguinolent. Cette forme de l'otite, désignée par M. *Itard* sous le nom d'*otite externe purulente*, pour la distinguer de la précédente, qu'il nomme *otite externe catarrhale*, est presque toujours ac-

compagnée de surdité, et sa durée est ordinairement plus longue que celle de l'otite avec écoulement muqueux.

Si la suppuration s'établit dans l'épaisseur du fibro-cartilage, il peut en résulter un ulcère fistuleux dont le fond est dans le tissu cellulaire qui unit ce fibro-cartilage aux parties osseuses. L'ouverture des cadavres n'a point encore démontré l'existence de ces fistules ; mais M. *Itard* dit en avoir observé une chez un homme couvert de cicatrices d'écrouelles.

Lorsque l'otite, quelle que soit la nature de son produit, est bornée au conduit auditif externe, il est rare qu'elle éveille des sympathies bien énergiques. Cependant la douleur qui précède l'écoulement est quelquefois assez forte pour s'accompagner d'un appareil fébrile assez prononcé.

Cette inflammation se termine par la guérison, l'état chronique, l'épaississement, l'ulcération, le relâchement de la membrane tympanique, par sa propagation à la muqueuse de la caisse, par des polypes fibreux ou vésiculaires, par le rétrécissement ou l'oblitération totale du conduit, par l'engorgement cérumineux, la surdité. Mais ces divers effets de l'otite externe n'ayant été guère observés que dans l'état chronique, et la phlegmasie chronique occupant la caisse et ses dépendances, nous renverrons ces détails à l'histoire de l'otite chronique.

Le traitement de l'otite externe est fort simple. On doit, aussitôt qu'elle se manifeste, en tenter la résolution, et le meilleur moyen à employer pour atteindre ce but est la saignée générale. Elle est préférable, alors même que l'inflammation est légère, aux autres saignées locales, dont l'effet n'est que momentané.

Lorsque l'inflammation n'est pas encore accompagnée d'écoulement, on peut espérer de la résoudre par des injections et des applications émollientes, toujours d'autant plus efficaces qu'elles ont été précédées par la saignée générale, et qu'elles accompagnent les évacuations sanguines locales rigoureusement employées. Mais lorsque l'écoulement

s'est déclaré, il faut se borner à l'application de cataplasmes de farine de graines de lin sur toute l'oreille et la région temporale, aux lotions et aux instillations avec l'eau et le lait tièdes, aux fumigations émollientes, et bien se garder de l'emploi des narcotiques, presque toujours incertains et périlleux.

L'extraction des corps étrangers introduits dans le conduit auditif est la première indication à remplir dans le traitement de l'otite externe due à cette sorte de cause. Leur séjour prolongé détermine toujours une inflammation d'autant plus intense qu'ils sont situés plus profondément, et qu'ils exercent par leur volume une plus forte pression. Cette inflammation peut aller jusqu'à déterminer sympathiquement vers le cerveau des accidens très-redoutables, tels que le délire, les convulsions, la paralysie, et presque toujours une surdité incurable, même après leur extraction.

De simples pinces à branches droites et déliées, et s'ouvrant par leur propre élasticité comme les pinces à dissection, suffisent ordinairement pour extraire du conduit les corps qui, par leur nature, sont plutôt dans le cas de blesser que de remplir la cavité dans laquelle ils sont placés. Mais la difficulté augmente dès qu'il s'agit de corps étrangers remplissant tout le conduit auditif. Il arrive souvent alors que les manœuvres ignorantes auxquelles on a recours dans le premier moment ne font que les pousser plus avant. Dans ce dernier cas, la membrane muqueuse se boursouffle au-dessus du corps étranger, et lui forme une espèce de chaton. La douleur augmente, la suppuration s'établit, et le sentiment du tissu devient tellement exagéré, qu'il interdit la plus légère tentative d'introduction.

Quelques exemples prouvent que, dans les cas où l'on est obligé de différer plus ou moins long-temps l'extraction du corps, la douleur locale peut se dissiper et la présence du stimulus insolite ne se manifester que par des phénomènes sympathiques dont on méconnaît souvent la cause, surtout chez les très-jeunes sujets, et lorsque plusieurs années se sont écoulées depuis l'introduction.

Enfin, auparavant de tenter l'extraction, il convient d'apaiser la

phlogose locale par tous les moyens antiphlogistiques indiqués, et de diminuer le plus possible l'engorgement inflammatoire qui masque le corps à extraire. On a vu quelquefois, après avoir calmé l'inflammation. le corps étranger, entraîné par la matière de l'écoulement, se présenter à l'orifice du conduit ou sortir de lui-même.

Cette circonstance heureuse n'est pas commune; aussi lorsque le corps à extraire occupant tout le diamètre du conduit ne présente aucune saillie sensible, au lieu de se servir de pinces, on cherche avec un stylet que l'on promène autour du corps l'endroit où celui-ci est le moins en contact avec le tube qui le presse; et lorsqu'on a trouvé le point favorable, lequel existe presque toujours, attendu que le conduit auditif n'est pas exactement rond, on introduit un crochet légèrement courbé à son extrémité, et on le glisse le long des parois, de manière à ne pas heurter et enfoncer le corps étranger. On exécute ensuite de légers mouvemens latéraux en essayant de l'attirer au dehors.

Ce moyen est préférable à celui d'inciser le cartilage derrière la conque. En effet, l'ouverture se trouve toujours en-deçà du temporal, et par conséquent du corps étranger, toutes les fois qu'il a franchi l'orifice du méat auditif. Il ne pourrait donc favoriser l'extraction que dans le cas où le corps serait placé à l'orifice même; mais alors on réussirait par des moyens plus simples.

Lorsque le corps ferme hermétiquement le conduit auditif, de manière à ne pas permettre l'introduction du crochet, le cas alors est hors des préceptes; il est soumis entièrement au génie du chirurgien. C'est ainsi qu'un de mes amis intimes, M. le docteur *Guérin*, pour un cas d'otite externe entretenue par un noyau de cerise fermant complètement le canal auditif, se détermina, après de vaines tentatives d'extraction, à porter sur ce noyau, au milieu d'une canule, un stylet rougi qui le perça antérieurement; un petit crochet termina l'opération.

Les concrétions cérumineuses sont extraites au moyen d'un cure-oreilles ordinaire. Lorsqu'elles sont trop compactes, et que le cure-

oreilles ne peut les pénétrer sans douleur, on les ramollit, on les détache peu à peu avec des injections d'eau tiède, bien préférables aux liquides alcalins huileux, savonneux, susceptibles d'irriter et moins bons dissolvans.

Il arrive quelquefois, surtout lorsque l'écoulement est abondant et ancien, que des vers ou d'autres insectes s'introduisent ou se développent dans le conduit auditif; ils y déterminent alors constamment de vives douleurs et provoquent des accidens graves. Dans ce cas, il convient d'employer d'abord des injections purement détersives pour nettoyer le conduit des mucosités qui pourraient les défendre; ensuite, comme les huiles possèdent toutes à peu près au même degré la propriété de tuer les vers, on remplace ces injections par d'autres faites avec l'huile d'olives la plus pure et la moins capable d'augmenter l'irritation.

Otite interne.

L'otite interne est l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la caisse et la trompe d'*Eustache.*

Cette phlegmasie est toujours plus grave que l'otite externe. Ici, en effet, la matière sécrétée n'a d'autre issue que la trompe d'*Eustache,* conduit étroit, oblique, et qui, rétréci encore par le gonflement inflammatoire, ne tarde pas à s'oblitérer tout à fait; la caisse forme alors une cavité sans ouvertures, et se remplit d'une matière plus ou moins irritante qui reflue vers les cellules mastoïdiennes. Des douleurs excessives, une surdité souvent incurable, des abcès avec carie de l'apophyse mastoïde, en sont les résultats les plus ordinaires.

La membrane muqueuse de la caisse recouvre les objets qui y sont renfermés, bouche la fenêtre ronde, assujettit l'étrier sur la fenêtre ovale, forme le deuxième feuillet de la membrane tympanique, se continue par la trompe d'*Eustache* avec la muqueuse de l'arrière-bouche, et enfin s'introduit dans les cellules mastoïdiennes qu'elle tapisse. Cette membrane est très-mince; on n'y distingue ni follicules ni villosités, mais le mucus dont elle est couverte dans les premiers

temps de la vie suppose des organes de sécrétion dont le produit cesse seulement d'être apparent après la seconde année. Son tissu varie aussi avec l'âge. Elle est rouge et très-vasculeuse chez les enfans; terne, blanchâtre, assez résistante, et moins vasculeuse, chez les adultes. Ces derniers caractères sont encore plus prononcés chez le vieillard.

La portion de membrane muqueuse qui revêt l'intérieur de la trompe d'*Eustache* présente les mêmes considérations anatomiques seulement, autour de son orifice buccal, elle est épaissie et forme un renflement disposé en pavillon, dans lequel sont plusieurs glandes mucipares qui fournissent un mucus analogue à celui des narines.

Les cellules mastoïdiennes sont des cavités situées dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde, qui communiquent toutes entre elles et souvent avec les parties postérieure et supérieure de la caisse, par un canal dont l'orifice triangulaire est placé au-dessous de la pyramide. A partir de ce canal, les cellules mastoïdiennes deviennent de plus en plus déclives, et se dirigent en dessous du niveau de la caisse. Cette disposition a été signalée, pour la première fois, par M. *Itard*, et sert à éclairer le diagnostic et le traitement des congestions muqueuses des cavités tympaniques et mastoïdiennes.

Le nerf facial et le ganglion sphéno-palatin envoient des filets nerveux à la muqueuse de l'oreille interne. Ses artères viennent de la méningée moyenne, de la carotide interne, de la stylo-mastoïdienne et de la ptérigoïdienne, qui se ramifie dans la trompe avec quelques ramuscules de la ptérigo-palatine; l'origine et la disposition des veines sont peu connues.

Causes. Les causes de l'otite interne sont en partie celles de l'otite externe; ainsi la phlegmasie d'un autre organe, et surtout celle de la membrane du conduit auditif externe, la détermine le plus souvent par sympathie d'excitation, car ici il n'y a pas continuité de tissu.

De tous les excitans directs, l'extrême intensité du son est évidemment la cause la plus connue des organes contenus dans la caisse. En effet, comme le remarque ingénieusement M. *Itard*, à la vue d'une

cavité terminée des deux côtés par une membrane très-élastique et percée d'une ouverture analogue à celle qui se trouve à la partie centrale du cylindre d'un tambour, on ne peut méconnaître un véritable instrument d'acoustique destiné à recevoir, renforcer et propager les ondes sonores. Les cellules mastoïdiennes partagent la même destination, d'où l'on peut conclure que la muqueuse tympanique doit acquérir par son repos, par le silence, une aptitude plus grande à être *surexcitée.*

Il n'en est pas de même de la *trompe d'Eustache ;* son rapport avec le son est nul, bien qu'on ait prétendu le contraire. Ayant pour usage de renouveler l'air contenu dans la caisse, et en même temps de servir à l'excrétion des mucosités que sécrète la muqueuse de cette cavité, elle n'a d'autres rapports naturels qu'avec l'air et les produits de cette sécrétion. Aussi le froid, la chaleur, déterminent-ils souvent l'inflammation de la membrane qui la tapisse. Les phlogoses du voile du palais, des amygdales, du pharynx, de la langue, des parois internes de la bouche, de la muqueuse des fosses nasales, s'étendent aussi rapidement jusqu'à elle.

Symptômes. Ce que nous avons dit des causes de l'otite interne peut de même s'appliquer aux symptômes qui pour la plupart ressemblent à ceux de l'otite externe ; seulement ils ont presque toujours plus d'intensité. Au début, le malade éprouve dans l'intérieur de l'oreille une douleur tensive, térébrante, pulsative, qui augmente par la perception du bruit et la mastication. A ces phénomènes se joignent des bourdonnemens, des sifflemens ; tantôt la sensation d'un bruit analogue à celui d'un mouvement de montre, et qui est due probablement aux pulsations artérielles ; tantôt le sentiment d'un courant de chaleur de dedans au dehors. Lorsque ces symptômes sont accompagnés d'une sorte d'anxiété au fond de la gorge, qui augmente lors de la déglutition et par l'action de se moucher, on peut présumer la participation de la trompe d'*Eustache* à l'inflammation, surtout si les amygdales sont engorgées, et si le malade expectore avec peine de l'arrière-

bouche des crachats épais, desséchés et quelquefois sanguinolens.

L'agitation, l'insomnie, la fièvre, la céphalalgie, le délire même accompagnent l'otite interne; la rougeur de la conjonctive et la photophobie en sont les caractères sympathiques les plus observés. Il y a toujours surdité complète du côté affecté.

Le principal caractère qui distingue l'otite interne de l'externe est l'état du conduit auditif, qui, lorsqu'il ne participe pas à l'inflammation, paraît dans son état naturel. S'il est également phlogosé, il faut observer qu'alors la douleur est bientôt suivie de l'écoulement muqueux, et qu'elle se prolonge pendant plus d'une semaine dans l'otite interne sans que cet écoulement paraisse; que dans ce dernier cas, il n'est jamais précédé par un suintement séreux; mais qu'une matière liée avec des débris sanguins se fait jour d'une manière explosive par la rupture de la cloison tympanique, ou bien que la même matière prend son issue par la trompe, soit aussi par une sorte d'irruption, ce qui cause dans l'intérieur de la bouche un chatouillement et une toux incommodes; soit peu à peu et après un crachotement de mucosités d'un goût désagréable et difficiles à détacher. Ce dernier mode d'évacuation est beaucoup plus rare que celui qui a lieu par le conduit auditif, d'abord parce que l'inflammation épaissit souvent la membrane muqueuse de la trompe, au point de l'oblitérer; ensuite parce que la consistance et l'abondance du mucus suffisent pour produire le même résultat.

On n'a point encore constaté la rougeur, le gonflement, le ramollissement de la membrane de la caisse sous l'action inflammatoire; mais l'analogie ne permet pas de mettre en doute ces modifications de tissu.

L'otite interne dure, en général, plus long-temps que l'externe, et cette différence s'explique par la disposition des parties. Elle passe aussi plus souvent à l'état chronique, et entraîne presque constamment la rupture du tympan, l'ulcération de la membrane de la caisse, la formation d'un véritable pus, la carie et la perforation de l'apophyse mastoïde, ce qui établit un troisième débouché pour l'écoule-

ment de la matière. Enfin elle laisse presque toujours après elle une surdité incurable.

Traitement. Outre les moyens généraux de traitement employés dans l'otite externe, et que l'on doit diriger avec plus d'activité contre une phlegmasie ordinairement plus violente, l'otite interne réclame encore une médication particulière indiquée par la disposition des parties qui en sont le siége.

Lorsque des symptômes locaux, tels que la démangeaison, la douleur, le crachotement, annoncent que la matière fait effort vers la trompe, qui est la voie la plus naturelle et malheureusement la moins commune, il faut en favoriser la sortie par des gargarismes employés de manière que le flot du liquide vienne frapper fortement les parois latérales de l'arrière-bouche, ou bien par l'action de l'eau en vapeur, ou par la fumée de tabac que le malade aspire, la bouche et les narines étant fermées avec la main; mais ces moyens sont presque toujours insuffisans, et il faut se hâter de percer la membrane du tympan pour donner issue à une matière dont le séjour prolongé entraîne la concrétion et son adhérence dans les plus étroites sinuosités de l'organe, et par suite une surdité incurable. Cette perforation s'opère au moyen d'un stylet d'écaille, que l'on enfonce à la partie inférieure de la membrane. Après cette opération, ou lorsque la nature seule a procuré la sortie du liquide, il ne faut point chercher à enrayer tout à coup l'écoulement, ce qui pourrait donner lieu à des irritations métastatiques graves; mais il faut se borner à des injections émollientes et à des applications réitérées de sangsues à l'oreille. Plus tard, si l'écoulement persiste, on a recours à des moyens diversifs, tels que les purgatifs drastiques, les exutoires, les poudres irritantes portées sur la muqueuse nasale. L'emploi local des astringens est presque toujours inutile et souvent nuisible.

Lorsque l'otite interne coïncide avec une irritation scrophuleuse, syphilitique ou dartreuse, et qu'elle paraît en dépendre, il faut diriger contre ces affections le traitement qu'elles réclament. Enfin, si

l'otite a succédé à la délitescence d'un exanthème, il est souvent utile de rappeler cet exanthème ; mais il ne faut pas perdre de vue que la cessation prématurée de l'écoulement peut déterminer une irritation viscérale dangereuse, et surtout une encéphalie.

Otite chronique.

L'otite chronique est principalement caractérisée par le siége qu'elle occupe et les altérations de tissu qui l'accompagnent dans la plupart des cas.

A l'égard du siége, la membrane du tympan n'étant, à l'exception de sa lame moyenne, qu'un prolongement de la muqueuse de la caisse en dedans, et de celle du conduit auditif au-dehors, la phlegmasie de l'une ou de l'autre partie, pour peu qu'elle persiste, s'empare de la cloison tympanique et la détruit ; en sorte que la caisse et le conduit auditif ne forment plus qu'une seule cavité envahie par l'inflammation.

L'otite chronique succède à l'otite aiguë interne et externe par suite de récidives, de médications imprudentes, de la présence d'un polype, d'une tumeur fongueuse, ou bien elle est chronique dès son début. Une phlogose modérée, manifestée seulement par un écoulement puriforme et par l'altération progressive des tissus qui en sont le siége, s'établit soit dans la caisse, soit dans le conduit auditif, et ne tarde pas à confondre ces deux cavités. On voit surtout l'otite commencer sous cette forme lorsqu'elle remplace une conjonctivite, une urétrite chronique ; lorsqu'elle est déterminée par la rougeole, la variole, la scarlatine. On l'observe aussi chez les personnes exposées aux fortes commotions de l'oreille, chez les artilleurs, les forgerons ; enfin à la suite d'une irritation entretenue par la présence d'un corps étranger qu'il a été impossible d'extraire.

Symptômes. Les caractères de l'otite chronique sont la coarctation, la dénudation du conduit auditif ; un écoulement de matière mu-

queuse dont la couleur, l'odeur et la consistance varient. Toutefois, on peut établir que, dans la plupart des cas, elle est corrosive, fétide, ichoreuse, noirâtre, mêlée de sang, et communiquant une teinte bronzée aux instrumens d'argent; que sa quantité est en raison des parties ulcérées; enfin qu'elle entraîne souvent avec elle des débris osseux, et surtout les osselets de la caisse, disjoints et presque toujours altérés par la carie.

Il arrive quelquefois que l'écoulement tarit tout à coup, soit que des croûtes desséchées en arrêtent le cours, soit que la membrane cesse de sécréter la matière qui le fournit. Dans le premier cas, ces matières n'ayant point d'issue, et continuant à s'accumuler, pénètrent dans les cavités du rocher et les cellules mastoïdiennes, les carient et les perforent. Dans le deuxième cas, qui peut être produit par l'impression d'un air froid, par des injections astringentes ou narcotiques, il survient ou une conjonctivite, ou une affection cutanée, ou une tuméfaction des glandes du cou, ou un engorgement du testicule, ou enfin une inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde et du cerveau lui-même. Tantôt l'otite chronique se prolonge dans une alternative continuelle de disparition et de retour de l'écoulement jusqu'à une terminaison funeste; tantôt l'écoulement diminue peu à peu, et finit par cesser sans qu'il survienne aucune irritation métastatique. Dans ces deux cas, les phénomènes qui précèdent la mort sont à peu près les mêmes; ainsi on observe une céphalalgie sourde et profonde, quelquefois vive, lancinante, intolérable. Le malade perd l'appétit et le sommeil, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère; il maigrit, tombe dans le marasme, et périt au milieu de mouvemens convulsifs survenus tout à coup.

Dans le cas de carie des cellules mastoïdiennes, leur ouverture fistuleuse s'annonce par une douleur sourde qui augmente à la pression, par l'empâtement de la peau, bientôt suivi d'un petit dépôt froid, indolent, derrière l'oreille, qui s'ouvre et donne issue à un pus fétide et

noirâtre. Quelquefois la matière fuse le long des muscles, et vient former un abcès au-dessus de la clavicule.

L'influence du chagrin et des travaux intellectuels sur les lésions de l'ouïe, le rapport réciproque de la surdité et de l'idiotisme, sont des faits qui établissent, d'une manière incontestable, les étroites connexions de l'organe auditif et de l'encéphale ; et sans doute il n'est pas impossible que l'oreille interne s'affecte consécutivement à une phlegmasie du cerveau. Mais toutefois, pour admettre ce fait, il faut attendre que l'observation clinique et la nécroscopie aient éclairé l'origine des otites chroniques, qui présentent à la fois des lésions du cerveau et de l'organe auditif. Tout ce qu'il est permis de dire à cet égard, c'est que s'il est vrai, le cas d'otite consécutive doit être bien plus rare que le cas contraire, parce que l'oreille est bien plus exposée que le cerveau à l'action des corps extérieurs. Quant à la propagation d'une phlegmasie du cerveau à l'oreille interne par contiguité de tissu, ou par l'action du pus provenant de la fonte d'un kyste ou d'une tumeur squirrheuse qui se serait introduit dans le conduit auditif interne, il n'est pas permis de croire que la mort ne prévienne ce mode de propagation, qui ne peut être que le résultat d'un temps fort long. D'un autre côté, la situation du trou auditif interne, et ses rapports avec la tente du cervelet, laissent à peine concevoir qu'il puisse servir de voie d'évacuation au pus provenant du cerveau.

Les désordres observés sur le cadavre à la suite de l'otite chronique sont la carie de l'apophyse mastoïde et du rocher, que l'on trouve ramolli et vermoulu. Quelquefois toute l'oreille interne est convertie en une seule et vaste cavité. Lorsque l'inflammation s'est propagée au cerveau et à ses membranes, le rocher est perforé par la carie ; la dure-mère détachée de l'os, recouverte d'une fausse membrane ou épaissie et noirâtre.

Traitement. Le traitement de l'otite chronique est éclairé par la connaissance des causes qui l'ont produite et qui l'entretiennent, et par l'observation attentive des phénomènes. Ainsi lorsque l'otite

chronique a succédé à une urétrite ou à quelque phlegmasie de la peau, il faut rétablir cette phlegmasie, mais toujours en déterminant dans le point surexcité une irritation assez vive pour que la cessation de l'othorrée ne soit pas suivie d'une congestion imprévue sur d'autres organes importans. Si l'otite est due à une irritation syphilitique, scrophuleuse, il faut faire concourir avec la médication locale celle que ces affections réclament.

Le moyen le plus efficace pour la guérison de l'otite chronique est une extrême sobriété, et même l'abstinence, supportée le plus longtemps possible. Si le malade ne peut s'y soumettre, on verra du moins les symptômes diminuer sensiblement par l'usage des alimens légers et peu nourrissans.

Lorsque la maladie reprend par intervalles un caractère d'acuité, qu'elle s'accompagne de vive céphalalgie, de bouffées de chaleur vers la tête et d'un pouls fébrile, la saignée générale est indiquée, soit que l'écoulement ait cessé ou qu'il ait continué. L'application réitérée de sangsues à la tempe, derrière l'oreille et à l'entrée de la conque; la saignée des petites veines qui rampent derrière l'oreille, et que l'on rend saillantes en faisant plonger le malade dans un bain chaud, secondent les effets salutaires de la saignée générale, modèrent de plus en plus l'irritation locale, et en préviennent l'exaspération.

Les moyens diversifs, tels que les purgatifs drastiques, le séton à la nuque, le quinquina à l'intérieur, sont indiqués dans l'absence des phénomènes sympathiques, et lorsqu'on s'est préalablement assuré de l'état des voies digestives.

On doit prendre les plus grandes précautions lorsqu'on emploie les injections, surtout celles qui sont astringentes; elles peuvent supprimer tout à coup l'écoulement, et produire de graves accidens. Il faut surtout s'en méfier dans les otites accompagnées de céphalalgie si ce symptôme augmente à mesure que l'écoulement diminue. Lorsqu'il vient à se supprimer, le moyen le plus efficace pour le rappeler, est l'application d'une ventouse sur l'oreille ou d'un pain sortant du four, et dépouillé de la croûte du côté où il doit être appliqué; on renou-

velle ce dernier topique toutes les trois heures, et l'on injecte chaque fois dans le conduit auditif une dissolution de trois grains de deutochlorure de mercure dans huit onces d'eau tiède. On doit en même temps garantir les tégumens de la tête de l'impression du froid, et dans cette vue raser la tête, la frictionner, et la tenir enveloppée dans une calotte de taffetas gommé. Enfin il est nécessaire d'entretenir le séton établi à la nuque ou tout autre exutoire tant que l'écoulement dure, et quatre à cinq mois après qu'on est parvenu à le tarir. Il est bien évident que lorsque l'écoulement est arrêté par un obstacle mécanique, tel que les croûtes purulentes ou des esquilles, c'est à enlever l'obstacle qu'on doit alors s'appliquer.

Les tumeurs qui se montrent derrière l'oreille ou au-dessus de la clavicule, et qui annoncent la carie de l'apophyse mastoïde, réclament une prompte ouverture et la perforation de l'apophyse. C'est le seul cas où cette opération, qui permet d'injecter la caisse et les cellules mastoïdiennes, soit utile et d'ailleurs sans dangers, puisqu'on ne risque plus de produire une carie qui existe déjà. On perfore l'apophyse mastoïde avec un trois-quarts, que l'on dirige obliquement d'arrière en avant, afin de pénétrer dans les cellules, ce dont on s'assure en introduisant ensuite dans l'ouverture une petite sonde qu'on pousse plus avant.

Pour remédier à l'occlusion de la trompe par engouement muqueux ou par adhérences de ses parois, on pratique le cathétérisme du conduit guttural de l'oreille par le procédé de M. *Itard*.

Enfin, quand la diminution de l'écoulement a lieu d'une manière progressive, avec amélioration générale de la maladie, sans symptômes métastatiques, il faut se borner aux soins de propreté, entretenir la suppuration de l'exutoire, et surtout ne pas compromettre la guérison plus ou moins prochaine par des injections fortement astringentes.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Ibid.*, *aph.* 7.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.